Lane Medical Library

ZWEI OVARIOTOMIEN.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE,

WELCHE

NEBST BEIGEFÜGTEN THESEN

MIT ZUSTIMMUNG DER HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER UNIVERSITÄT GREIFSWALD

AM SONNABEND, 16. JUNI 1877, 12 UHR,

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

OTTO DETTMAR

PRACT. ARZT

AUS SCHLESIEN.

OPPONENTEN:

R. BODENSTEIN, CAND. MED.
R. GOTTSCHALK, CAND. MED.
P. FALCK, DRD. MED.

GREIFSWALD,
DRUCK VON CARL SELL
1877.

SEINEN

THEUREN ELTERN

IN LIEBE UND DANKBARKEIT

GEWIDMET

VOM

VERFASSER.

Als durch die staunenswerthe Consequenz und Energie der amerikanischen und englischen Chirurgen die Ovariotomie in diesen Ländern bereits zu den gewöhnlichen Operationen zählte, wurde sie in Deutschland von Aerzten und Laien noch stets mit Misstrauen angesehen, so dass Grenser im Jahre 1869 nur 129 Fälle mit 62 Heilungen zusammenstellen konnte. Ueberrascht einmal die geringe Anzahl der Operationen, so noch mehr eine Mortalität von beinahe 52 %. Seit dieser Zeit haben sich allerdings die Verhältnisse bedeutend gebessert, so dass Billroth z. B. eine Mortalität von 22,02 % hat, doch bleibt das Allgemeinresultat noch immer unter dem englischen und amerikanischen. Den Grund dafür sucht man wol mit Recht darin, dass gerade die ersten Operationen an veralteten sehr complicirten Fällen gemacht wurden, deren glückliche Vollendung selbst gewiegten Operateuren Schwierigkeiten gemacht hätte. Noch aufhellender für die bedeutende Mortalität ist der Umstand, dass

die meisten der deutschen Operationen in Spitälern ausgeführt wurden, die ja gerade für ihre Ausführung von so grossem Verderben sind. Verglichen mit den englischen Hospital-Statistiken, wie sie Spencer-Wells*) angiebt:

St. Bartholomew's	66,67 %
Middlesex	87,50 „
King's College	85,71 „
St. Georges	21,43 „
University	80,0 „

während die von Guys' Hospital 47,37 % beträgt, steht die deutsche doch viel günstiger. Sköldberg erklärt, dass die soviel bessere des letzten Krankenhauses aus der Anwendung von Vorsichtsmassregeln entspringe, die man in grösseren Hospitälern gewöhnlich nicht finde.

In der hiesigen geburtshilflichen und gynäkolologischen Klinik sind im letzten Winter zwei Operationen ausgeführt worden, die sich durch eine merkwürdige Umkehrung auszeichnen, indem der durch parietale Adhäsionen complicirte weit längere Operationsdauer in Anspruch nehmende Fall günstig, der zweite äuserst leichte ungünstig ablief.

Die Krankengeschichten sind:

Frau W., 48 Jahre, nullipara, vom vierzehnten Jahre an regelmässig vierwöchentlich menstruirt, ist

*) Spencer Wells, Krankheiten der Eierstöcke, übers. von Grenser. Leipzig 1874 p. 235.

im 38. Jahre in die klimakterische Periode getreten. Seit zwei Jahren bemerkte sie eine beträchtliche Schwellung ihres Leibes, die als Ovariencyste erkannt wurde. Zeitweise waren stärkere Blutungen eingetreten.

Die erste Untersuchung Ende August 1876 ergab folgende Masse: Bauchumfang über dem Nabel 120 Cm., Distanz zwischen dem Nabel und der spin. ant. sup. sin. 36, zwischen diesem und der dextr. $36^1/_2$ Cm., Abstand des proc. xiphoid. von der Symphyse 60 Cm. Vier Finger oberhalb des Nabels beginnt von der Mittellinie eine Furche, die sich zur rechten Spin. sup. hinzieht. Unterhalb dieser ist rechts wie links deutliche Fluctuation nachzuweisen, oberhalb derselben nur in sehr geringem Masse. Die bald darnach ausgeführte Punction ergab, dass die Cyste multiloculär sei, denn nur der untere Theil entleerte sich, der obere blieb bestehen.

Die Untersuchung am 26. September ergab folgende Masse: Bauchumfang über den Nabel $115^1/_2$ Cm., zwischen Nabel und Symphyse 115, zwischen Nabel und Herzgrube 107 Cm. Der Nabel ist verstrichen, der Nabelring wenig geöffnet. Der Tumor erstreckt sich bis in die beiden Hypochondrien. Morgens kann die Patientin gut gehen, Abends schwellen ihr die Beine an.

Die innere Untersuchung ergab: Das vordere Scheidengewölbe ist mässig prolabirt, die Vaginal-

portion, jungfräulich, steht in der Mitte, der Uterus, leicht retrovertirt, ist sehr beweglich.

Die Operation wurde am 29. IX. ausgeführt in Chloroformnarkose.

Die Incision wurde $4^1/_2$ Zoll lang in der Mittellinie gemacht. Der Tumor zeigte an der linken vorderen Bauchwand ziemlich bedeutende Adhäsionen, die aber leicht löslich waren, so dass wenig Blutung durch Torsion der Gefässe zu stillen war. Die Cyste wurde punktirt, der Stiel, ziemlich lang, durch eine Klammer versorgt und durch den unteren Wundwinkel herausgeleitet. Es wurden sechs tiefe, drei oberflächliche Nähte angelegt. Patientin befindet sich bald nach der Operation sehr wohl. Die Temperatur stieg während der Heilungsdauer nie über 38,6. In den ersten Tagen wurde täglich öfter der Katheter eingelegt. Am vierten Tage wurden die ersten Nähte gelöst; fortwährend sind leichte Schweisse vorhanden. Stuhl war bis jetzt nicht eingetreten. Das Befinden war stets vortrefflich. Bei der Lösung einer tiefen Naht am Abend tritt eine geringe Nachblutung ein, die keine Beschwerden erregte. Bald darauf erfolgte spontan Stuhlgang. Am sechsten Tage wurde die letzte Naht gelöst. Die Wundränder klaffen oberflächlich noch theilweise, sind in der Tiefe vollständig vereinigt. Das Befinden ist stets gut. Am zwölften Tage löste sich die Klammer, die nekrotischen Partien wurden entfernt. Am neun-

zehnten Tage wurde Pat. entlassen und hat sich bis jetzt über nichts zu beklagen.

Marie R., 26 Jahre alt, seit ihrem zwanzigsten Jahre regelmässig menstruirt, hat vor 3 Jahren einmal geboren. Im Herbst vorigen Jahres bemerkte sie eine Schwellung ihres Bauches, die menses blieben dabei regelmässig. Der am 28. März aufgenommene Status praesens gibt an: Die Patientin ist ziemlich kräftig, gut entwickelt. Der Bauchumfang über den Nabel beträgt 80 Cm., zwischen diesem und der Symphyse 93 Cm. Der Abstand zwischen Nabel und Symphyse $21^1/_2$ Cm., derjenige zwischen Nabel und der Spin. ant. sup. beiderseits $20^1/_4$ Cm., die obere Grenze des Tumors ist am Nabel. Dieser ist unverändert. Der Tumor ist sehr elastisch, wenig fluctucirend, links oben ein kleiner harter Theil. Oedeme sind nie vorhanden gewesen. Der Uterus steht etwas rechts von der Mittellinie, ist deutlich 3 Zoll hoch über der Symphyse zu fühlen, und kann man das gespannte linke lig. ovarii deutlich nach dem Tumor hinziehen fühlen. Bei der innern Untersuchung findet man die Geschwulst im Douglas'schen Raum tief in das Becken hereinragend. Die Vaginalportion steht hoch und nach vorn gedrängt; Bewegungen des Uterus theilen sich derselben leicht mit.

Operation am 5. April 1877, nachdem 5 Tage vorher die menses eingetreten, 2 Tage vorher cessirt hatten, unter Assistens der Herren Dr. Beumer, Reinhard, dreier Studirenden, in Chlorofarmnarkose.

Die Incision, etwa 4 Zoll lang, in der Mittellinie, zeigte sofort den von jeglicher Adhäsion freien Tumor, der mit der grössten Leichtigkeit nach der Punktion herausgeschafft wurde. Der Stiel war kurz, doch lang genug, um durch eine Klammer versorgt zu werden. Während des Nähens wurde Carbolspray installirt. Die Patientin hatte während der Operation fortwährendes Aufstossen, einigemale Erbrechen gehabt.

Sie befand sich bald nach der Operation ziemlich schlecht, erhielt Champagner und Eisstückchen.

Abends wurde eine Morphiuminjection von 0,02 gemacht. Die Temperatur betrug Mittags 3 Uhr 37,0, Abends 8 Uhr 37,7, Puls 84.

Am 6. betrug die Temperatur		Puls
Morgens 8 Uhr	37,4	96
Mittags 3 „	37,8	100
Abends 8 „	37,6	120
Abends 10 „	37,8	132

Das Aufstossen war andauernd, wurde gegen Abend schmerzhaft. Die Wunde ist schmerzlos. Das Allgemeinbefinden ist noch nicht gut. Der Harn ist dunkelroth. Gegen das Aufstossen erhält Patientin Morgens und Abends 15 Tropfen Tinct. Opii.

Am 7. betrug die Temperatur		Puls
Morgens 8 Uhr	37,2	128
Mittags 3 „	38,6	136
Abends 7 „	39,0	136

Pat. hat in der letzten Nacht nicht geschlafen, das Aufstossen ist häufiger und schmerzhafter geworden. Morphium gibt nur etwas Linderung. Fortwährend sind klebrige Schweisse vorhanden. Das Aussehen und Befinden ist schlecht. Die Wunde ist ohne Veränderung, die Nähte liegen gut, die Ränder sind ein wenig infiltrirt. Meteorismus ist nicht vorhanden, dagegen leichter Tenesmus. Das Athmen ist schmerzhaft, mühsam. Die Kranke wird umgelagert, der Verband gewechselt. Derselbe ist ohne Verfärbung, nur sehr wenig durchnässt. Pat. erhält weiter Opiumtinctur, Abends subcutan 0,02 Morphium.

Am 8.	Temp.	Puls
Morgens 9 Uhr	38,8	136
Mittags 3 „	39,0	140
Abends 11 „	39,2	140

Die Wunde sieht gut aus, ist schmerzlos. Meteorismus ist nicht vorhanden. Das Allgemeinbefinden schlecht, dauernd schmerzhaftes Aufstossen. Von Mittag an tritt Erbrechen ein von dunkelbraunen zersetzten flüssigen Massen. Starke Schweisse, Collaps. Pat. erhält starke Bouillon, Morgens und Abends 0,03 Morphium.

Am 9. Morgens 9 Uhr Temp. 39,0, Puls 150—160.

Das Erbrechen dauert an; Meteorismus, Schmerzhaftigkeit der Wunde fehlt. Die Kranke fühlt sich sehr schwach. Sie erhält Champagner, subcutan Ol. camph. Um 1 Uhr erfolgt der exitus.

Section 22 Stunden nachher durch Dr. Beumer.

In der Höhle des kleinen Beckens im Douglas-schen Raum, zwischen den Darmschlingen jauchige Flüssigkeit, keine Pseudomembranen. Die Wunde ist gut, der Stiel nicht angegriffen. Die Leber und Milz sehr weich, schwammig.

Diagnose: jauchige Peritonitis, Septikämie.

Beide Fälle sind in einem Zimmer operirt worden, das seit Jahren nur zeitweise und sehr wenig als Auditorium benützt, seit acht Tagen fortwährend gelüftet war. Beide sind vollständig gleich behandelt worden, woher nun dieser Misserfolg bei so günstigen Aussichten? Wenn die Gesundheitsverhältnisse unserer Stadt nicht gerade ermuthigend für solche Operationen sind, so leidet die geburtshifliche Klinik gerade an besonderen Kalamitäten, einmal in Folge ihres geringen Materials und der bedeutenden Anzahl von Medicinern, die zugleich pathologisch-anatomische und geburtshilfliche Untersuchungen treiben, an zeitweisen heftigeren oder gelinderen Schüben von Puerperalfieber, dann an einer innern Einrichtung, die jede gute, theilweise sogar jede Desinfection unthunlich macht, so dass gegen jenes Uebel nicht mit Erfolg anzukämpfen ist. So hatten sich auch etwa vierzehn Tage vor der Operation leichte Anfälle der Krankheit gezeigt, und wenn auch eine Desinfection mit den möglichsten Mitteln erstrebt wurde, etwas dürfte hängen geblieben sein, das die Gefahr bedeutend vermehrte, vielleicht überhaupt erst brachte.

Gemäss der bewährten Praxis Wells war eine besondere Desinfektion der Assistenten, des Operateurs, der Kranken nicht für nöthig erachtet worden, es wurde nur für Lüftung, äusserst reine Instrumente, Sauberkeit des Lagers gesorgt. Mit diesen geringen, wenn auch schwer genug durchzuführenden Mitteln hat Wells seine bedeutenden Erfolge errungen, es stand einer gleichen Erwartung bei unserm Falle zumal nach dem günstigen Resultat des ersten nichts entgegen.

Es wurde die Chloroformnarkose eingeleitet und erregte bei der R. bald ziemlich heftiges Erbrechen. Wenn nun nächst der Reinlichkeit etwas bei der Ovariotomie erforderlich ist, so ist es möglichste Ruhe des Darmkanals, die durch die Brechbewegungen ja ganz aufgehoben ist. Deshalb haben Spencer Wells und die Amerikaner das Chloroform für diese Operation vollständig verbannt und gebrauchen Chlormethylen, Stickoxydul, deshalb oporiren einige Franzosen unter localer Anästhesirung durch Schwefeläther.* Dürfte es nicht gerathen sein, bei eintretender Brechbewegung die Operation für einige Tage zu verschieben und ein anderes allgemeines oder locales Anästheticum anzuwenden?

Die Schnitte finden wir in der von Spencer Wells angegebenen günstigsten Länge.

Die bei dem ersten Fall zu lösenden Adhäsionen machten keine Schwierigkeit, waren aber doch vor-

*) Charles Isnard, Marseille medical, Mai 1869.

handen, während der Tumor des zweiten Falles vollständig frei war. Sollte dies nicht wieder eine Bestätigung des Ausspruchs Olshausen's*) sein, „dass bei den durch ausgedehnte Adhäsionen complicirten Fällen als resorbirende Fläche nach der Operation kein gesundes Peritoneum, sondern eine Wundfläche zurück bleibt in zum Theil sehr festen Bindegewebe, über deren Resorptionskraft wir nichts wissen" und ebenso der Bemerkung Sims,**) dass, „wenn nach Lösung der Adhäsionen trockne Flächen zurückbleiben, die Gefahr gering ist?"

Was dann weiter die Stielversorgung betrifft, so ist nicht die von Stillig angegebene und in Deutschland ziemlich allgemeine, sondern die von Spencer Wells am häufigsten gebrauchte und entschieden bevorzugte Klammerbehandlung angewendet worden, und hat durchaus keinen Anlass gegeben über ihre Nützlichkeit Zweifel zu erheben, da der Stiel sich bei der Obduction völlig normal zeigte.

Was also ist der Grund des Todes im zweiten Falle? Die Antwort muss lauten: Infektion. Schon haben wir gesehen, dass Spuren der wenn auch günstig abgelaufenen Fälle von Puerperalfieber sicher zurückgeblieben sind, die selbst durch die strenge Desinfektion nicht getilgt werden konnten. Der Einfluss dieses Miasma ist wohl nicht zu leugnen. Viel-

*) Olshausen, zur Ovariotomie. Volkmann, Klinische Vorträge 111. pag. 5.

**) Marion Sims, on ovariotomy übers. von Beigel, Erlangen. 1871. pag. 12.

leicht aber auch sind die Hände des Operateurs oder der Assistenten selbst Träger des inficirenden Momentes gewesen, eine Wahrscheinlichkeit, die den neunmal hintereinander eintretenden Misserfolg Spencer Wells mit Leichtigkeit erklären könnte. Es kann also diese Antisepsis nicht genügend sein. Sims ist es gewesen, der hauptsächlich darauf hingewiesen, wie empfänglich für Infektionsstoffe das Peritoneum sei, während man früher dem Eingriff, dem Trauma die Peritonitis in die Schuhe zu schieben suchte. Seitdem streben die Forscher auf den verschiedensten Wegen nach Vervollkommnung in dieser Beziehung, und die Entscheidung über die Frage, wie man die Infektion verhüten könne, wird täglich klarer. In neuester Zeit haben sich namentlich Hegar einerseits, Nussbaum, Schröder, Olshausen andrerseits um die Lösung sehr verdient gemacht.

Hegar schildert seine Methode so: *)

„Mit der gründlichsten Sorgfalt wird für Desinfektion gesorgt. Das Operationslokal wird am Tage vorher ausgeschwefelt, und am Tage der Operation werden vor dieser Gefässe mit Chlorkalk aufgestellt. Eine Wärterin legt die in eine Lösung von übermangansaurem Kali vorher durch einige Zeit eingetauchten und abgewaschnen Instrumente zurecht. Keiner der Zuschauer darf sie berühren. Die Assistenten und der Operateur legen die Röcke ab, schürzen die Hemdärmel bis zum Ellenbogen in die

*) Hegar, zur Ovariotomie. Volkmann, Klin. Vorträge, 109.

Höhe und waschen sich Hände und Vorderarm mit Seife und einer Lösung von übermangansaurem Kali. Vor der Incision wird das Abdomen mit Chlorwasser abgewaschen. Gewöhnlich tauche ich die Instrumente vor ihrem Gebrauche in Chlorwasser; ebenso die Hände, besonders wenn sie in die Bauchhöhle eingeführt werden. Die Toilette des Abdomens erfolgt zuerst mit Schwämmen, die in verdünntem, später mit solchen, die in purem Chlorwasser gelegen haben. Besonders sorgfältig wurden die Schnürstücke mit Chlorwasser abgewaschen, auch die Seidenfäden vor ihrem Gebrauche durch solches hindurchgezogen. Es bringt keinen Schaden, wenn etwas von der concentrirten Flüssigkeit in die Bauchhöhle gelangt. Diese ist die eigentliche Aq. chlor. der Pharmakopoe, d. h. durch Einleiten von Chlorgas in Wasser gewonnen. Es muss immer frisch vorbereitet sein. Wir halten es für das beste, wenn auch theuerste Desinfektionsmittel. Die Zuschauer, höchstens sechs, sowie alle Anwesenden dürfen 5 bis 6 Tage vorher die Anatomie nicht besucht, keiner Sektion beigewohnt und keine Kranke mit akutem Exanthem, Diphtheritis, Erysipelas, Pyämie gesehen haben."

Mit dieser Methode führte er 15 Ovariotomien nach einander zur Heilung. Er sagt auch: „Zu dem Carbolspray konnten wir uns nicht entschliessen, da Fälle von Intoxication vorliegen." *)

Ohne Furcht vor dieser sind Nussbaum, Schröder

*) l. c. pag. 7.

u. Olshausen noch weiter gegangen und operiren nach Lister und zwar unter folgenden Regeln: „Man nehme, um einer zu starken Abkühlung vorzubeugen, stets erwärmten Spray. Besonders bei älteren Individuen und voraussichtlich schwierigen Operationen sollte diese Vorsicht wegen des leichter folgenden Collapses nie versäumt werden. Ich vermuthe nach dem bisher Gesehenen, dass man bei Ovariotomien den Gebrauch der Drains sehr beschränken kann. Die Antisepsis gewährt noch den grossen Vortheil, dass man die Toilette sehr viel kürzer und unvollständiger zu machen braucht, was nach Operationen, welche ungemein langwierig waren, keine geringe Annehmlichkeit ist. Endlich dürfen wir auch in der Wahl des Operationslokales weniger ängstlich sein, wenn wir streng antiseptisch operiren und brauchen unsere eigene Thätigkeit nicht so auf ein specielles Feld zu beschränken.“ Die Misserfolge, die auch bei der strengen Antisepsis nicht ausgeblieben sind, schiebt Olshausen auf die mangelnde Uebung im Anlegen wirksamer Listerverbände für das Abdomen. „Gerade für den Leib ist ein gut schliessender Verband nicht leicht zu machen. Reichliche Anwendung von Salicylwatte im Scrobiculus cordis, über der Symph. oss. pub., in den Inguinalgegenden ist unbedingt nothwendig und Uebung durchaus erforderlich.“

Solchen Zufällen, die dann die verderblichsten Folgen nach sich zogen, waren die früheren Metho-

den bedeutend mehr ausgesetzt, und so wurde nach den verschiedensten Mitteln gesucht, dieselben aus der Reihe der Faktoren auszuschliessen. Thomas*) sagt darüber: „Der werthvollste Vorschlag bezüglich dieses Gegenstandes ist von Dr. Peaslee ausgegangen, welcher zweifellos den Ovariotomisten eine Methode dargeboten hat, durch welche die Operation viel von der ihr anhaftenden Gefahr verliert. Die Methode besteht darin, das Peritoneum durch desinfizirende Flüssigkeiten auszuwaschen.“

Peaslee**) gibt dazu folgende Grundsätze:

1) Intraperitoneale Wasserinjectionen von 98° F. (36° C.) unter Hinzufügung von Liq. sodae natr. chlor. oder Carbolsäure können in den passenden Fällen mit vollkommener Sicherheit ausgeführt werden.

2) In allen Fällen von bereits entwickelter Septikämie und in denjenigen Fällen, wo die letztere durch Anwesenheit irgend einer Flüssigkeit in der Peritonealhöhle und durch Zersetzung daselbst gefürchtet und verhütet werden soll, können Injectionen mit curativen Intentionen in Anwendung gezogen werden.

3) Ihre Anwendung in dieser Weise kann das Perzentverhältniss der durch Septikämie nach der Ovariotomie erfolgten Todesfälle von $^1/_6$ auf $^1/_{36}$ reduziren, den durchschnittlichen Erfolg der Ovariotomie daher um 4 bis 5 Prozent erhöhen.

*) Diseases of Women, 3. edition, p. 751.
**) Ovarian Tumors. By Peaslee p. 509.

4) An intraperitoneale Injectionen darf nur zu dem Zwecke gedacht werden, wo sich Flüssigkeiten in der Peritonealhöhle befinden, welche bereits eine Zersetzung eingegangen sind, oder mit aller Wahrscheinlichkeit erzeugen werden.

5) Ein Pfropf kann zwei bis vier Tage lang mit vollkommener Sicherheit in den untern Wundwinkel in allen den Fällen eingelegt werden, wo man die Anhäufung einer solchen Flüssigkeit vermuthet.

6) Durch Entfernung aller Flüssigkeit aus der Peritonealhöhle, sorgfältiger Reinigung derselben mittelst des Schwammes vor Schluss der Wunde, würde das Auftreten der Septikämie nach der Ovariotomie weit seltner geschehen."

Den fünfteu Satz namentlich und mit ihm das ganze Prinzip hat Sims dahin verbessert, dass man eine prophylaktische Drainage durch das hintere Scheidengewölbe, den Douglas'schen Raum und den untern Wundwinkel instituirt und auf diesem Wege nicht nur für Abfluss der Wundsekrete, sondern auch für die Möglichkeit der Reinigung der Höhle sorge.

Die von Peaslee angeführten Krankengeschichten sind von einem so guten Resultate gefolgt gewesen, dass es verwundern muss, die Methode nicht in grösserer Ausdehnung angewendet zu sehen. Wir führen doch bei den grossen Gelenkresektionen Drainageröhren ein zu demselben Zwecke, wie es

beim Peritoneum geschehen würde. Wir können die Nichtverwendung für die Bauchhöhle nicht anders erklären, als durch das Zagen, dass durch das Peritoneum die desinfizirenden Stoffe mit rapider Schnelligkeit resorbirt und Intoxication hervorrufen würden. Die neuerdings veröffentlichten Fälle von Schröder, Olshausen, Wilke, Hegar haben aber dargethan, dass diese Furcht eine durchaus ungerechtfertigte ist, dass Carbolsäure das Peritoneum nicht reizt, in den geringsten Fällen toxisch wirkt. Somit wäre also das Prinzip der Peaslee'schen Auswaschungen als richtig anzuerkennen, sobald die Septikämie eingetreten, oder doch als ziemlich sicher zu befürchten ist. Wir kommen nun zur Kritik der prophylaktischen Drainage bei jeder Ovariotomie nach Sims.

Hegar und Kaltenbach*) sagen darüber: „Es wäre wol schwer ein Mittel zu finden, das mit grösserer Bestimmtheit alle die üblen Folgen nothwendig herbeiführen muss, welche doch vermieden werden sollen.“ Doch haben sich eine ganze Anzahl der deutschen Operateure eine Zeit lang von der Idee leiten lassen, und jedenfalls bessere Erfolge erzielt als früher. Und wenn sich auch nicht leugnen lässt, dass die prophylaktische Drainage recht unangenehme Zufälle herbeiführen kann, indem sie Vaginalsekret in den Douglas'schen Raum und auf

*) Die operative Gynaekologie. Erlangen 1874, p. 188.

das Peritoneum überführt, so ist doch nicht abzusehen, weshalb man nach eingetretener Infektion das vielleicht einzige Mittel, diese durch Auswaschungen in Schranken zu halten und zu vertreiben, nicht in die Hand nehmen sollte. Es mag allerdings nicht angenehm sein, die Wunde nochmals zu öffnen und von der Vagina aus Verbindung zu suchen, doch giebt ja Peaslee das Mittel zur Vermeidung dieser Eventualitäten an: Einlegung eines Pfropfs in den untern Wundwinkel. Sollte aber dieser Weg für zu gefährlich erachtet werden, so bleiben noch die Methoden Atlees und Koeberles offen, durch eingelegte Glasröhren die angesammelte Flüssigkeit auszuziehen. Jedenfalls sind dieselben viel unsicherer, weil sie das bedingende Moment nicht mit der Kraft angreifen und entfernen, wie das durchlaufende Wasser, aber doch immerhin leistungsfähig.

Ein Versuch, die Möglichkeit der Infektion bei der Vaginal-Drainage auszuschliessen, ist von Olshausen gemacht worden, indem er das Rohr, soweit es in der Vagina lag, nicht löcherte, von dem Niveau des Douglas'schen Raumes an für Seitenlöcher sorgte und das untere Drainende in ein mit Carbollösung gefülltes Gefäss leitete. Von drei so behandelten Fällen genasen zwei; die dritte starb septisch.

Für Operationen, bei denen Theile der Cystenwand zurückgelassen werden müssen und eine heftige Reaktion mit Sicherheit zu erwarten ist, schlägt Hegar vor, die Wunde offen zu halten, doch spricht

er sich über die Ausdehnung der Indicationen noch nicht sicher aus.

Alle diese Wege sind bei unserem Falle nicht eingeschlagen worden, die prophylaktische Drainage nicht, weil der Fall so günstig erschien, die Auswaschungen nicht, weil die Wunde nicht wieder geöffnet werden sollte udd das Aufstossen für fortgesetzte Wirkung des Chloroforms gehalten wurde. Ausserdem ist wohl die Schwierigkeit und Gefährlichkeit des Wiederöffnens der Wunde und des nochmaligen Eingriffs in Betracht zu ziehen.

Wir kommen also jetzt zu dem Schlusse, dass für diese Operation das Heil noch von der Zukunft zu erwarten ist, dass der Carbolspray das Mittel werden muss gegen die Infektion.

Lebenslauf.

Otto Dettmar, geboren am 14. März 1855 als Sohn des Kaufmanns Dettmar, und der Elisabeth geb. Hirschberg zu Ohlau, evangelisch, besuchte von seinem fünften Jahre an das dortige, von seinem elften das Brieger Gymnasium, von welchem er Ostern 1872 mit dem Zeugniss der Reife entlassen wurde, um in Greifswald Medicin zu studiren. Ich wurde immatriculirt unter dem Rectorat des Prf. Dr. Limpricht, machte am 7. März 1874 das Tentamen physicum, am 1. August 1876 das Examen rigorosum und beendete am 5. Mai 1877 mein Staatsexamen.

Während meiner Studienzeit hörte ich die Vorlesungen der Herren:

Prof. Dr. Arndt: Encyclopädie und Methologie, Irrenheilkunde.

Geh.-Rath Prof. Dr. Budge: die gesammte Anatomie des Menschen, Anatomie der Sinnesorgane. Präparirübungen, Mikroskopischer Cursus, Mikroskopische Anatomie.

Prof. Dr. Landois: Experimentalphysiologie, Entwicklungsgeschichte, Vergleichende Anatomie.

Prof. Dr. Limpricht: Chemie, chemisches Practicum.

Prof. Dr. Münter: Allgemeine und medicinische Botanik, medicinische Zoologie.

Prof. Dr. Scholz: Mineralogie.

Prof. Dr. Sommer: Histologie.

Prof. Dr. Mosler: Specielle Pathologie und Therapie, Medicinische Klinik und Poliklinik.

Prof. Dr. Hüter: Allgemeine Chirurgie, Chirurgische Operationslehre, Chirurgische Klinik und Poliklinik, Operationscursus.

Prof. Dr. Schirmer: Augenheilkunde, Augenklinik, Ophthalmoskopischer Cursus, Augenoperationen, Refractions- und Accomodationsstörungen.

Prof. Dr. Vogt: Knochenbrüche und Verrenkungen, Chirurgische Propädeutik, Verbandcursus, Chirurgische Anatomie.

Geh. Rath Prof. Dr. Pernice: Theorie der Geburtshilfe, Geburtshilfliche Klinik und Poliklinik.

Dr. Haenisch: Laryngoskopischer Cursus.

Dr. Krabler: Physikalische Diagnostik.

Prof. Dr. Grohé: Specielle pathologische Anatomie, patholog.-anatomischer Cursus.

Allen diesen meinen verehrten Lehrern spreche ich meinen Dank aus.

THESEN.

I.

Bei Typhus ist die strenge Kaltwasserbehandlung die rationellste Therapie.

III.

Bei ulcus durum ist nur locale Behandlung erforderlich.

II.

Bei Cystitis ist die locale Behandlung der innern vorzuziehen.